

**WNIOSEK O ZMIANĘ WPISU DO REJESTRU PODMIOTÓW  
WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ OBEJMUJĄCĄ ZMIANĘ DANYCH  
DOTYCZĄCYCH MIEJSCA PRZECHOWYWANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ  
W PRZYPADKU ZAKOŃCZENIA DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ**

data przyjęcia

NUMER KSIĘGI REJESTROWEJ

**ORGAN  
PROWADZĄCY  
REJESTR**

L

kod izby

nazwa i siedziba okręgowej/ Wojskowej Rady Lekarskiej

**DANE EWIDENCYJNE**

IMIĘ I NAZWISKO

POSIADAM TYTUŁ

LEKARZA

LEKARZA DENTYSTY

**CZŁONEK OKRĘGOWEJ  
/ WOJSKOWEJ IZBY  
LEKARSKIEJ**

w

numer okręgowego rejestru (str. 8 Prawa Wyk. Zaw.)

**MIEJSCE PRZECHOWYWANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ W PRZYPADKU  
ZAKOŃCZENIA DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ**

ulica i nr domu/nr lokalu

kod pocztowy

   

miejsowość

data

podpis lekarza składającego wniosek

**OŚWIADCZAM, ŻE:**

- 1) dane zawarte we wniosku o zmianę wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą są kompletne i zgodne z prawdą;
- 2) znane mi są i spełniam warunki wykonywania działalności leczniczej w zakresie objętym składanym wnioskiem określonym w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654) ze zmianami,

**Adres wnioskodawcy**

województwo	powiat	gmina/dzielnica
ulica i nr domu / nr lokalu		kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
miejsowość	telefon	fax/e-mail
miejsce, data		imię, nazwisko i podpis wnioskodawcy